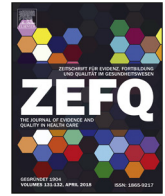




Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>

Versorgungsforschung / Health Services Research

Erfahrungen von Menschen mit Long COVID bei ihrer ärztlichen Begleitung und im sozialen Umfeld

Experiences of people with Long COVID in their medical accompaniment and in the social environment

Sascha Roder^{a,b}, Laura Milena Mohacsi^a, Tim Schmachtenberg^{a,c,*}

^a Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

^b Hochschule Bielefeld – University of Applied Sciences and Arts, Fachbereich Sozialwesen, Bielefeld, Deutschland

^c Klinik für Rheumatologie und Immunologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 12. Oktober 2022

Revision eingegangen: 26. September 2023

Akzeptiert: 21. November 2023

Online gestellt: xxxx

Schlüsselwörter:

Long COVID

Gesundheitsversorgung in Deutschland

Hausärztliche Begleitung

Soziale Teilhabe

Qualitative Forschung

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Bleibende gesundheitliche Beeinträchtigungen nach einer COVID-19-Erkrankung können zu mangelnder sozialer Teilhabe und ausgeprägten emotionalen Belastungen führen. Ziel dieser Studie ist es herauszufinden, wie Long COVID auf die gesellschaftlichen Aktivitäten von Betroffenen wirkt und welche Rolle dabei die ärztliche Begleitung sowie das soziale Umfeld spielen.

Methoden: Zwischen Januar und Mai 2022 wurden im Rahmen von qualitativen Interviews 25 Proband*innen mit Long COVID zu ihrer gesundheitlichen Situation, der Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung in Deutschland sowie ihrem sozialen und beruflichen Kontext befragt. Die überwiegend online geführten Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und die Resultate anhand lebenswelttheoretischer Ansätze eingeschätzt.

Ergebnisse: Die Proband*innen berichteten von vielfältigen gesundheitlichen Beschwerden wie Fatigue, Atemnot und kognitiven Beeinträchtigungen. Bei einem Großteil der Befragten herrschte eine pessimistische Grundhaltung hinsichtlich einer baldigen Genesung. Die meisten Teilnehmenden nahmen die ärztliche Begleitung von Long COVID als unzureichend wahr. Lange Wartezeiten auf spezialärztliche Termine und die fehlende Akzeptanz der gesundheitlichen Beeinträchtigung durch Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin verstärkten vorhandene Unsicherheiten. Einen großen Einfluss nahm die Long-COVID-Erkrankung auch auf das soziale Leben der Proband*innen. Viele Teilnehmende verwiesen auf einen belastenden Rückgang der Zusammenkünfte mit der Familie und Freund*innen. Ein Großteil der Proband*innen mied aufgrund einer hohen Ansteckungsangst physische Kontakte zu Freund*innen und Familienangehörigen. Einige Teilnehmende erläuterten, dass sie sich bewusst von Personen aus dem Umfeld getrennt haben, da diese ihre prekäre Situation nicht ernst nahmen. Eine wichtige Ressource stellte dagegen der engere Familien- und Freundeskreis dar, aus dem die Mehrheit der Befragten Unterstützung erhielt.

Diskussion: Während andere Studien insbesondere die umfangreichen psychischen und emotionalen Folgen von Long COVID wie Identitätskonflikte, Existenzängste oder Depressionen hervorheben, verdeutlicht diese Untersuchung, dass das Unverständnis seitens des medizinischen Fachpersonals sowie die stark verzögerte Weiterbehandlung die Betroffenen in emotionaler Leere zurücklässt.

Schlussfolgerungen: Die vorliegenden Ergebnisse zeigen einen erheblichen Unterstützungsbedarf bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen nach einer COVID-19-Erkrankung. Eine empathische und empiriebasierte Beratung und Unterstützung durch Hausärzt*innen sowie eine Verbesserung der Zugangsstrukturen zu rehabilitativen Angeboten können entscheidende Hilfen für Menschen mit Long COVID darstellen.

Abkürzungen: NICE, National Institute for Health and Care Excellence; TdkH, Theorie des kommunikativen Handelns

* Korrespondenzadresse. Dr. Tim Schmachtenberg, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Deutschland.

E-Mail: tim.schmachtenberg@med.uni-goettingen.de (T. Schmachtenberg).

<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.11.009>

1865-9217/© 2023 Published by Elsevier GmbH.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Please cite this article as: S. Roder, L.M. Mohacsi and T. Schmachtenberg, Erfahrungen von Menschen mit Long COVID bei ihrer ärztlichen Begleitung und im sozialen Umfeld, Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ), <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.11.009>

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 12 October 2022

Received in revised form: 26 September 2023

Accepted: 21 November 2023

Available online: xxxx

Keywords:

Long COVID

Health care in Germany

GP support

Social participation

Qualitative research

ABSTRACT

Background: Permanent health impairments after a COVID-19 infection can lead to a lack of social participation and pronounced emotional stress. The aim of this study was to find out how Long COVID affects the social activities of those affected and understand the role that medical support and the immediate social environment play in this.

Methods: Between January and May 2022, 25 participants with long COVID were interviewed about their health situation, their perception of health care in Germany, and their social and professional context. The interviews, which were mainly conducted online, were analyzed for content, and the results were assessed using lifeworld-theoretical approaches.

Results: The participants reported a variety of health symptoms such as fatigue, shortness of breath, and cognitive impairments. The majority of respondents had a pessimistic attitude toward a timely recovery. Most participants perceived the medical support for long COVID as inadequate. Long waiting times for specialist appointments and the lack of acceptance of the health impairment by some doctors lead to an increase in existing uncertainties. Long COVID also had a major impact on respondents' social life. Many participants referred to a burdensome decline in the number of meetings with family and friends. Many respondents avoided physical contact with friends and family members due to a high level of fear of infection. Some participants explained that they separated themselves from people in their environment because they did not take their precarious situation seriously. However, an important resource was the close circle of family and friends from whom the majority of the interviewees received support.

Discussion: While other research studies particularly emphasize the comprehensive psychological and emotional consequences of long COVID, such as identity conflicts, existential angst, or depression, the present study shows that a lack of understanding from medical professionals as well as heavily delayed treatment leave the interviewees in a state of emotional void.

Conclusions: The findings show a considerable need for support among people with health impairments after a COVID-19 infection. Empathic and empirically based counseling and support by general practitioners as well as improvement of access to rehabilitative services can provide substantial support for people with long COVID.

Hintergrund

Die Auswirkungen der Anfang 2020 durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie [1] haben nicht nur zu hohen Belastungen sämtlicher Gesundheitssysteme geführt [2], sondern sind auch mit vielfältigen Einschränkungen des täglichen Lebens in der Gesellschaft – in der Familie, im beruflichen Umfeld oder bei Zusammenkünften im Freundeskreis – einhergegangen [3]. Die Gefahr einer COVID-19-Erkrankung und einer bleibenden Beeinträchtigung führte in hohem Maße zu einer Verunsicherung in der Bevölkerung [4]. Diese wurde durch eine regional uneinheitliche Anwendung von Schutz-Maßnahmen wie dem Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung oder der unterschiedlichen Umsetzung von COVID-19-Impfungen noch verstärkt. Im Pandemieverlauf zeigte sich eine Zunahme an Menschen, die von langanhaltenden Symptomen wie Fatigue, kognitiven Problemen, Kopf-, Gelenk- und Muskelschmerzen, Schlafstörungen und ausgeprägten emotionalen Belastungen oder psychischen Problemen (z.B. Angstzustände oder Depressionen) betroffen sind [5–9]. Für dieses Phänomen wurden Begriffe wie *Post- oder Long-COVID-19* eingeführt. Wir verwenden im Folgenden die Bezeichnung „Long COVID“. Dabei orientieren wir uns an den Leitlinien des britischen ‚National Institute for Health and Care Excellence‘ (NICE), die damit Symptome bezeichnen, die jenseits der akuten Krankheitsphase einer SARS-CoV-2-Infektion von 4 Wochen fortbestehen oder neu auftreten und nicht durch eine andere Diagnose erklärt werden können [10]. Ein solches Krankheitsbild konnte „im ersten Quartal 2021 bei mehr als 110.000 Patienten in Deutschland vertragsärztlich dokumentiert“ werden [11], wobei von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist. Hierauf verweist auch das Robert Koch-Institut [12] unter Bezugnahme auf ein Umbrella-Review, bei dem der Anteil von Menschen mit Long COVID unter nicht-hospitalisierten COVID-19-Patient*innen zwischen 7,5 % und 41 % variierte [13]. Erste Untersuchungen zeigen auf, dass eine Long COVID-Erkrankung oftmals mit Einschränkungen bei der sozialen Interaktion einhergeht, was zu erheblichen Beeinträchtigungen im sozialen Leben von Betroffenen führen kann [14].

Ziel der vorliegenden Studie ist es herauszufinden, wie Long COVID auf die gesellschaftlichen Aktivitäten von Betroffenen wirkt und welche Rolle dabei die ärztliche Begleitung sowie das soziale Umfeld spielen. Folgende Fragen stehen im Fokus dieser Arbeit: 1. Was geschieht mit freundschaftlichen Beziehungen und dem Miteinander in der Familie, wenn eine geringe Belastungsfähigkeit und fehlende Konzentration den persönlichen Austausch erschweren? 2. Wie erleben Betroffene die medizinische Versorgung hinsichtlich ihrer langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen?

Methoden

Zusammen mit den Verbundpartnern der Medizinischen Hochschule Hannover und der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften haben die Autor*innen dieses Artikels sowie weitere Forschende des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen die Studie „DEFense Against Covid-19“ durchgeführt. Im Teilprojekt „Zurück-ins-Leben?“ wurde der Frage nachgegangen, inwiefern sich die COVID-19-Pandemie auf die Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen der Proband*innen auswirkt:

- die gesundheitliche Situation,
- das private und soziale Umfeld und die damit verbundenen Alltagserfahrungen,
- den beruflichen Kontext,
- die Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung in Deutschland,
- eine auf die Zukunft gerichtete, langfristige Lebensperspektive.

Bei Menschen, die durch Long COVID gesundheitlich eingeschränkt sind, ist anzunehmen, dass sich die Sicht auf ihr persönliches Erleben sowie ihre unmittelbare und direkte Lebenswelt verändert. Ausgehend von dieser Annahme wurde in qualitativen Interviews untersucht, ob bzw. inwiefern sich die Lebensrealität der Betroffenen durch Long COVID verändert. In dieser Arbeit werden die Ergebnisse zu ausgewählten Themen aus einer Stichprobe

des Teilprojekts „Zurück ins Leben“ dargestellt. Die Veröffentlichung folgt den Kriterien für die Berichterstattung über qualitative Forschung (COREQ) [15].

Ein- und Ausschlusskriterien

Voraussetzung für die Teilnahme an der vorliegenden Studie war eine selbst berichtete Long COVID-Erkrankung gemäß der NICE-Definition (Beschwerden, die während oder nach der Akutphase einer SARS-CoV-2-Infektion auftreten und länger als vier Wochen andauern), ein Mindestalter von 18 Jahren, ein Wohnsitz in Niedersachsen und die Zustimmung zur Teilnahme an einem persönlichen Interview. Einige Personengruppen konnten aus praktischen und ethischen Gründen nicht in die Studie einbezogen werden. Dazu gehörten minderjährige Teilnehmende, Menschen mit Sprech- und Sprachstörungen, Personen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen und Menschen, deren kognitive oder körperliche Beeinträchtigung zu stark war, um ein einstündiges Interview zu führen.

Rekrutierung

Die Rekrutierung von Proband*innen erfolgte über (a) den Versand von Einladungsschreiben (n = 130) an Personen, die bereits an einem früheren Teilprojekt [16] von DEFEAT Corona teilgenommen hatten, (b) die Verteilung von Informationsflyern zur Studie in niedersächsischen Praxen von Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin und im Gesundheitsamt Göttingen sowie (c) über Beiträge auf der Projekt-Homepage und den Social-Media-Kanälen (Instagram und Facebook) der Universitätsmedizin Göttingen. Zudem schlugen (d) Befragte andere Personen zur Teilnahme vor (Schneeballsystem). Die Rekrutierungsbemühungen fanden im Januar und Februar 2022 statt. Interessierte Personen wurden vor den Interviews telefonisch oder per E-Mail kontaktiert, um die Ein- und Ausschlusskriterien zu überprüfen und sie über die Studie aufzuklären. Im Rahmen der E-Mail-Korrespondenz gaben die rekrutierten Personen ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an den Leitfadenterviews und zur Veröffentlichung der Daten. Bei der Stichprobengröße erfolgte eine Orientierung an der vorhandenen Literatur über gute qualitative Forschungspraxis, welche die Durchführung von mindestens 12 Interviews empfiehlt [17,18]. Zudem deutete sich nach etwa 20 Interviews eine thematische Sättigung an, weshalb nicht mehr als 25 Interviews geführt wurden. Für die Teilnahme an den Interviews erhielten die Befragten eine Aufwandsentschädigung von 40 EUR.

Entwicklung des Interviewleitfadens

Der Interviewleitfaden (Anhang A) wurde auf der Grundlage einer Literaturrecherche und eines Workshops mit sechs Forschenden mit sozialwissenschaftlichem und medizinischem Hintergrund entwickelt, welcher am 29. Oktober 2021 am Institut für Allgemeinmedizin stattfand. An der Entwicklung des Leitfadens waren der Erstautor und weitere Forschende mit langjähriger Erfahrung in der Durchführung qualitativer Interviewstudien beteiligt. Im Rahmen von vier Pretest-Interviews erfolgte die Anwendung der ersten Version des Leitfadens. Nach den Pretests wurde der Leitfaden um weitere Themen ergänzt, welche die Befragten von sich aus ansprachen und als wichtig erachteten. Die finale Version des im Anhang dargestellten Interviewleitfadens ist in fünf Themenfelder (gesundheitliche Situation, privates/ soziales Umfeld und Alltagserfahrungen, beruflicher Kontext, Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung in Deutschland/ COVID-19-Pandemie, Lebensperspektive) untergliedert und umfasst 26 offene Fragen. Zusätzlich wurde dem Leitfaden ein Abschnitt mit geschlossenen Fragen hinzugefügt, um soziodemografische Informationen zu sammeln. Um

eine Stehgreiferzählung zu ermöglichen, haben die Forschenden darauf verzichtet, Teilnehmenden den Interviewleitfaden vorab zur Verfügung zu stellen.

Datenerhebung

Die Datenerhebung fand zwischen Januar und Mai 2022 statt. 21 der 25 Interviews wurden mit Hilfe der Videokonferenzsoftware Zoom (Zoom Video Communications, Inc., San Jose, CA, USA) durchgeführt. Dieses Setting wurde gewählt, um Personen einbeziehen zu können, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Die Proband*innen nahmen von zu Hause aus an der Videokonferenz teil. Vier Interviews wurden in einem Zeitraum mit niedrigeren Infektionsraten (Ende April – Mitte Mai 2022) am Institut für Allgemeinmedizin in Göttingen durchgeführt. Auf diese Weise sollten Interaktionsqualitäten wie ein vertieftes situatives Verständnis und die non-verbale Kommunikation einbezogen werden, die in einem digitalen Setting möglicherweise eingeschränkt sind [19]. Alle Interviews wurden vom Erstautor geführt. Bei mehreren Zoom-Gesprächen war als stiller Beobachter ein Künstler anwesend, der das Projekt-Team mit einer grafischen Interpretation der dargestellten Inhalte der Betroffenen unterstützte [20]. Die Online-Gespräche wurden digital aufgenommen und die Aufzeichnung der Face-to-Face-Interviews erfolgte mittels eines Aufnahmegerätes.

Datenauswertung

Die Interviewaufnahmen wurden inhaltlich-semantic transkribiert [21] und die Daten anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet [22]. Ein Team aus zwei Medizin-Soziologen und drei Studienassistentinnen entwickelte in einem diskursiven Prozess ein Kategoriensystem. Dabei wurde eine Kombination aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung angewendet. Im ersten Schritt wurden Hauptkategorien deduktiv aus dem Interviewleitfaden abgeleitet. Anschließend wurden Oberkategorien induktiv am Material gebildet. Zur Sicherung der Qualität des Codierprozesses wurde auf die Methode des konsensuellen Codierens zurückgegriffen. Mehrere Forschende haben das Material unabhängig voneinander codiert, ihre Ergebnisse diskutiert und einen Konsens gebildet. Dabei entwickelten sie ein Code-Buch mit Kategorien-Definitionen, Ankerbeispielen und Codier-Regeln. In weiteren Analyseschritten wurden die finalen Codierungen vorgenommen sowie Paraphrasen und Generalisierungen erstellt. Für die Codierung der Interviews wurde die Software MAXQDA in der Version 20.0.8 (VERBI Software GmbH, Berlin, Deutschland) verwendet. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die gebildeten Kategorien. Diese Arbeit fokussiert sich auf die Hauptkategorie soziales Umfeld mit ihrer Oberkategorie Unterstützung und Rücksichtnahme sowie die Hauptkategorie gesundheitliche Situation mit ihren Oberkategorien aktuelle Befindlichkeit, COVID-Erkrankung (inklusive drei ihrer Unterkategorien) und Orientierung im Gesundheitswesen. Abschließend wurden die Generalisierungen aus allen Interviews in einer Tabelle zusammengeführt und systematisch verglichen.

Die für diese Studie analysierten Kategorien sind durch Fettdruck hervorgehoben.

Nach der Auswertung der Daten wurde am 23. August 2022 in Göttingen ein Theorie-Ergebnis-Workshop mit zwölf Kolleg*innen unterschiedlicher Qualifikationen durchgeführt. Dabei erfolgte eine Verknüpfung der Interview-Ergebnisse mit soziologischen Denkansetzten wie der gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit und der Theorie des kommunikativen Handelns (TdkH) [23]. Die soziologischen Theorien wurden herangezogen, um Erklärungsansätze für die identifizierten Phänomene zu finden.

Tabelle 1
Kategoriensystem.

Hauptkategorien	Oberkategorien	Unterkategorien
1. COVID-19-Pandemie	1.1 Persönlicher Standpunkt zur COVID-19-Pandemie	
	1.2 Einstellung zu Corona-Regelungen und Umgang mit Corona-Maßnahmen	1.2.1 Selbstreflexion Corona-Verhalten
	1.3 Mediale Berichterstattung	
	1.4 Gesellschaftskritik	
2. Soziales Umfeld	2.1 Pflegebedürftige Personen	
	2.2 Unterstützung und Rücksichtnahme	2.3.1 Belastungen in der Partnerschaft
	2.3 Partnerschaft	2.3.2 Hilfestellung in der Partnerschaft
3. Persönliche Geschichte	3.1 Häusliche Situation	3.1.1 Veränderungen durch Corona-Maßnahmen
	3.2 Tagesablauf	
	3.3 Berufliche Situation	3.3.1 Tätigkeitsbereich
		3.3.2 Home-Office
		3.3.3 Rücksichtnahme durch das Arbeitsumfeld
		3.3.4 Arbeitszufriedenheit
4. Gesundheitliche Situation	4.1 Aktuelle Befindlichkeit	4.2.1 Einschätzung des persönlichen Risikos
	4.2 COVID-Erkrankung	4.2.2 Folgen der COVID-19-Infektion
		4.2.3 Besserung der Beschwerden
		4.2.4 Therapeutische Maßnahmen
	4.3 Corona-Schutzimpfung	4.3.1 Impfaufklärung
	4.3.2 Nebenwirkungen der Corona-Schutzimpfung	
	4.4 Orientierung im Gesundheitswesen	
	4.5 Gesundheitsverhalten	4.5.1 Strategieentwicklung bezüglich gesundheitlicher Einschränkungen
5. Rückfragen an den Interviewenden		

Bei der theoretischen Interpretation des Materials wurden keine neuen Kategorien gebildet.

Im Ergebniskapitel werden die Hauptaussagen der Befragten mit Originalzitaten aus den Interviews belegt. Das "T" am Ende der Zitate steht für Teilnehmende.

Ergebnisse

Beschreibung des Datensatzes

27 Personen bekundeten Interesse zur Teilnahme an der Studie, von denen letztendlich 25 Interviews umgesetzt und im Nachgang ausgewertet wurden. Eine Person zog ihr Einverständnis zur Teilnahme ohne Angabe von Gründen zurück und ein Proband sagte einen vereinbarten Interviewtermin aus gesundheitlichen Gründen ab.

Die Teilnehmenden waren zwischen 21 und 67 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt dieser Stichprobe lag bei 45 Jahren. Von den 25 Personen waren 18 weiblich (72 %) und sieben männlich (18 %). Mit Ausnahme von zwei Studierenden, einer Hausfrau und einem Rentner gingen alle Proband*innen einer beruflichen Tätigkeit nach. Vier der Angestellten und ein Studierender waren zum Zeitpunkt des Interviews krankgeschrieben. In [Tabelle 2](#) sind ausgewählte soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden dargestellt (geordnet nach Interview-Datum). Die Proband*innen unterschieden sich hinsichtlich des Zeitpunkts ihrer SARS-CoV-2-

Infektion sowie der Dauer und des Schweregrads ihrer Long COVID-Erkrankung. Da eine Diagnosestellung aufgrund fehlender valider Diagnostikinstrumente kein Einschlusskriterium dieser Studie war, umfasste die Stichprobe sowohl Personen mit als auch ohne formelle Long COVID-Diagnose.

Die Interviews hatten eine durchschnittliche Länge von 38 Minuten (Min: 17 Minuten, Max: 57 Minuten). Bei der Analyse der dargestellten Inhalte wurden vier Themen identifiziert, auf die wir im Folgenden näher eingehen: Gesundheitliche Situation der Proband*innen, Orientierung im Gesundheitswesen, Auswirkungen von Long COVID auf das soziale Leben und Entlastung durch das Umfeld.

Die Gespräche zeigten, dass die Mehrheit der Befragten erhebliche Einschränkungen im Alltag hatte und es zu Problemen bei den Hilfeleistungen seitens des Gesundheitssystems kam.

Gesundheitliche Situation der Proband*innen

Die Proband*innen berichteten von vielfältigen gesundheitlichen Einschränkungen, welche zu unterschiedlichen Zeitpunkten stärker oder schwächer, teils mit wenigen oder auch komplexen Beschwerdebildern, auftraten. Bei der zum Befragungszeitpunkt ermittelten Situation zeigten sich Fatigue, Atemnot/Atembeschwerden und kognitive Beeinträchtigungen als die am häufigsten genannten Gesundheitsprobleme.

Tabelle 2

Überblick über soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden.

Teilnehmende	Geschlecht	Alter	Beruf	Datum (Setting) Interview
T1	Weiblich	30 Jahre	Ärztin	24.01.2022 (Online)
T2	Männlich	32 Jahre	Unternehmensberater	17.02.2022 (Online)
T3	Weiblich	58 Jahre	Hausfrau	18.02.2022 (Online)
T4	Weiblich	47 Jahre	Sachbearbeiterin	21.02.2022 (Online)
T5	Weiblich	44 Jahre	Referentin	25.02.2022 (Online)
T6	Weiblich	25 Jahre	Studentin	07.03.2022 (Online)
T7	Männlich	45 Jahre	Physiotherapeut	08.03.2022 (Online)
T8	Männlich	49 Jahre	Sozialpädagoge	18.03.2022 (Online)
T9	Weiblich	37 Jahre	Klimaschutzmanagerin	24.03.2022 (Online)
T10	Weiblich	48 Jahre	Lehrerin	28.03.2022 (Online)
T11	Männlich	67 Jahre	Rentner	29.03.2022 (Online)
T12	Weiblich	56 Jahre	Sekretärin	30.03.2022 (Online)
T13	Männlich	21 Jahre	Student	01.04.2022 (Online)
T14	Weiblich	52 Jahre	Krankenpflegerin	04.04.2022 (Online)
T15	Weiblich	60 Jahre	Beamtin	05.04.2022 (Online)
T16	Weiblich	64 Jahre	Arzthelferin	07.04.2022 (Online)
T17	Männlich	37 Jahre	Servicemonteur für Windenergie	12.04.2022 (Online)
T18	Weiblich	54 Jahre	Lehrkraft Jugendzahnpflege	14.04.2022 (Online)
T19	Weiblich	25 Jahre	Krankenpflegerin	20.04.2022 (Online)
T20	Weiblich	55 Jahre	Krankenpflegerin	26.04.2022 (Online)
T21	Weiblich	23 Jahre	Auszubildende	28.04.2022 (Face-to-Face)
T22	Weiblich	48 Jahre	Lehrerin	03.05.2022 (Face-to-Face)
T23	Männlich	63 Jahre	Vorarbeiter im Baugewerbe	03.05.2022 (Face-to-Face)
T24	Weiblich	42 Jahre	Verwaltungswirtin	11.05.2022 (Face-to-Face)
T25	Weiblich	31 Jahre	Ärztin	14.05.2022 (Online)

Bei einem Großteil der Befragten herrschte eine pessimistische Grundhaltung, was eine (baldige) Genesung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen betrifft. Viele Proband*innen nahmen eine starke psychische Belastung wahr und einige äußerten große Bedenken, dass sie sich erneut mit SARS-CoV-2 infizieren könnten.

Nur wenige Teilnehmende gaben an, sich mit den gesundheitlichen Einschränkungen zu arrangieren und diese zu akzeptieren. Die gesundheitlichen Probleme machten vielen Befragten die eng gesteckten Grenzen der eigenen Belastbarkeit bewusst:

„Da wollte ich eine Hecke schneiden, kein großes Stück. Das ist ein Tagesprojekt geworden. Ich musste immer wieder abbrechen, weil mir die Arme wehtaten, also Schmerzen in den Armen, Zittern, Schwächegefühl und Schwindel auf jeden Fall, der ist momentan sehr akut“ (T 17).

Einordnung durch soziologische Theorien

Hier sind die nach Schütz für die Lebenswelt wichtigen Routinen mit Abfolgen von unproblematischen Erfahrungen im Alltag nicht mehr durchführbar [24]. Die „Selbstverständlichkeitskette“ wird durchbrochen und die Wirklichkeit in der Lebenswelt erfährt eine Störung, die auf absehbare Zeit nicht behoben werden kann [25]. Die gesundheitlichen Einschränkungen der Befragten führen nicht nur zu negativen Einschätzungen eigener Fähigkeiten, sondern erzeugen auch erhebliche Einschnitte im kommunikativen Miteinander und verursachen damit Spannungen innerhalb stabil geglaubter sozialer Beziehungen:

„Es fällt mir einfach schwer, gerade wenn noch mehrere Menschen untereinander sprechen, da halt die Schnelligkeit zu besitzen, einzugreifen, ins Gespräch einzusteigen. Und da merke ich schon eine deutliche Schwächung, was das Soziale angeht bei mir. Also ich bin normalerweise ein recht schlagfertiger Typ gewesen und das ist eigentlich aber nicht mehr so in der Geschwindigkeit da. Also dadurch als eine Einschränkung, bei Gesprächen zu folgen oder halt so aktiv mitzugestalten wie man es gewohnt ist. Das hat deutlich abgenommen“ (T 2).

Ein reflexives und konstruktives Konsensfinden mit einem Hin- und Herwenden der Argumente im Sinne der TdKH [23] scheint hier nicht möglich. Die rationale Verständigung über den argumentativen Austausch [23] kann durch die gesundheitliche Beeinträchtigung aufgrund der Konzentrationsschwierigkeiten nur in einem

unzureichenden Maße umgesetzt werden. Als Resultat bleibt der Betroffene außen vor und kann nicht adäquat in ein Zwiegespräch einsteigen:

„Man merkt so wie der sprachliche Zug abfährt und man dann irgendwann sagt, ah, ja, jetzt wüsste ich auch, was ich dazu eben hätte sagen können“ (T 2).

Orientierung im Gesundheitswesen

Das Fehlen einer aus Proband*innen-Sicht passgenauen Behandlungsstrategie bei der Konsultation von Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin führte zu einem Gefühl der Unzufriedenheit und verstärkte in einigen Fällen die Wahrnehmung einer subjektiv wahrgenommenen Hilflosigkeit. Das Arzt-Patient*innen-Gespräch verbindet die meisten Menschen mit einem besonders vertrauensvollen und geschützten Rahmen, der mit der Hoffnung auf einen Lösungsweg für die Behebung oder Linderung eines gesundheitlichen Problems verbunden ist. Die Mehrheit der Proband*innen nahm die Begleitung ihrer Long COVID-Beschwerden durch Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin als nicht zufriedenstellend wahr. Wenige Befragte benannten die Beratung und Unterstützung durch die Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin mit gut oder passgenau. In den geführten Interviews zeigte sich jedoch auch, dass die mit der COVID-19-Pandemie verbundenen Herausforderungen für die Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin zu einer schwierigen Beratungs- und Behandlungssituation der Patient*innen aufgrund der Neuartigkeit der breit gefächerten Symptome bei Long COVID führten.

„Schlecht. Also ich würde sagen, auch die meisten, die ich kenne, das sind inzwischen ja allerhand, weil man trifft sich ja in irgendwelchen Foren und tauscht sich aus. Das Problem ist überall das gleiche. Die sind alle frustriert, weil keiner einen wirklichen Ansprechpartner haben und jeder kriegt dasselbe zu hören ‚weiß ich auch nicht‘, ‚müssen wir gucken‘, ‚müssen wir sehen‘, ‚muss Geduld haben‘. Und das sind die Sprüche, sobald du dann konkret wirst. Das ist eine beschissene Lage. Ich habe mich damit abgefunden inzwischen“ (T 23).

„Der Hausarzt. Er hat mich zwar zum Röntgen geschickt für die Lunge, das war auch in Ordnung. Ich war jetzt beim Kardiologen, meine Herzwerte waren nicht in Ordnung, die jetzt auch nochmal

kontrolliert wurden gestern und ich jetzt auf das Ergebnis warte, aber ansonsten alle Ärzte oder jedenfalls der Hausarzt sagt es dauert, man müsse damit leben“ (T 16).

Mit langen Wartezeiten auf spezialärztliche Termine, dem Vertrösten auf eine Selbstheilung oder die fehlende Akzeptanz der gesundheitlichen Beeinträchtigung verstärkten sich vorhandene Zweifel. Gefühle von Ohnmacht oder auch Hilflosigkeit beeinträchtigten das Vertrauen in die Möglichkeit schneller medizinischer Behandlungsmöglichkeiten.

„Ich habe dann irgendwann selber einen Test gemacht. Und als ich dann damit zu ihm gegangen bin wegen PCR-Test, da hat er zu mir gesagt ich würde mir immer so Krankheiten aussuchen, die so lange dauern, er könnte mich ja wegen sowas nicht schon wieder ein halbes Jahr krankschreiben, das war ganz normal gefragt. Da habe ich dageessen und da ging es mir wirklich nicht gut. Ich war wie vom Donner gerührt (T 15).

Die Teilnehmenden wünschten sich von medizinischen Versorger*innen Beratung hinsichtlich möglicher Anlaufstellen bei Long COVID-Beschwerden, eine bessere Unterstützung durch das Gesundheitsamt, eine verbesserte Kommunikation von Seiten der Ärzt*innen, mehr Vertrauen der Ärzteschaft in die Berichte von Patient*innen mit Long COVID, eine schnellere Terminvergabe bzw. ausreichend (fach-)ärztliche Versorgung und eine bessere psychologische Unterstützung während der Rekonvaleszenzphase.

„Da fehlt es glaube ich auch einfach an dem Wissen, wohin können die Leute. Ich hatte Corona und das ist nach sechs Wochen immer noch nicht in Ordnung. Zu welchem Arzt soll ich denn gehen.“ (T 5)

„Eine latente depressive Verstimmung würde ich da schon diagnostizieren und ich habe mal einen besseren Tag und mal einen schlechteren. [...] Und an manchen Tagen bin ich extrem dünnhäutig und verfrage gar nichts und mache mir furchtbar Sorgen und halt Gedanken um vieles. Und hätte da gerne professionelle Begleitung, Unterstützung. Jemand, mit dem ich da reden kann und man findet da halt jetzt niemanden.“ (T 6)

Theoretische Verknüpfung

Die Konsultation von Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin ist mit der Annahme verbunden, dass diese als Spezialist*innen über „Rezepte zur Lösung von Routineproblemen“ [26] verfügen. Die Erwartung, dass ich im „Hier und Jetzt“ auf den exklusiven Wissensvorrat des ärztlichen Fachpersonals zurückgreifen kann, wird mit der schwer fassbaren Symptomatik bei Long COVID nicht erfüllt. So kommt es zu Zweifeln an der Wirklichkeit der Alltagswelt und einer bedeutende Zone der Vertrautheit [26], die der Kunst und dem Refugium der ärztlichen Heilung, was bei den Betroffenen Unsicherheiten erzeugt.

Auswirkungen von Long COVID auf das soziale Leben

Einen großen Einfluss nimmt die Long COVID-Erkrankung auch auf das soziale Leben und Umfeld der Befragten. Die Teilnehmenden dieser Studie berichteten von diversen Einschränkungen bei zwischenmenschlichen Beziehungen. Ein Großteil der Befragten verwies auf einen stark belastenden Rückgang der Zusammenkünfte mit der Familie und Freund*innen:

„Es ist halt bei Familie, dass ich meine Familie viel weniger besuche, weil es einfach sehr anstrengend für mich ist, da alleine hinzufahren. (...) Freunde ist halt auch schwierig, weil die halt nicht in der Stadt wohnen, die müsste ich halt besuchen, was mir zu anstrengend ist. Und dann, wenn ich Freunde einlade, dann müssten sie über Nacht bleiben, eine Nacht geht es gerade noch, aber mehr, das ist mir dann auch zu anstrengend, da habe ich dann auch oft das Gefühl, dass ich niemanden einladen will, weil ich die meiste Zeit müde bin und abwesend und dann habe ich das Gefühl, dass das nicht so nett für meine Freunde ist“ (T 6).

Viele Proband*innen mieden aufgrund einer hohen Ansteckungsangst infolge ihrer COVID-Beschwerden physische Kontakte zu Freund*innen und Familienangehörigen. Dies führte zusammen mit Faktoren wie den staatlichen Corona-Schutzmaßnahmen und der unterschiedlichen Sichtweisen auf die Pandemie bei mehreren Befragten zu einer Verkleinerung ihres Freundeskreises. Parallel beobachteten allerdings einzelne Teilnehmende eine als positiv wahrgenommene Intensivierung enger Freundschaften:

„Zu einigen Freunden habe ich einen engeren Kontakt und zu anderen Freunden fast gar keinen Kontakt mehr. Wo man so merkt oder wo ich gemerkt habe, was sind so die echten Freunde, die man vielleicht auch mal zwei Monate nicht hört, aber wenn man dann mit ihnen telefoniert, ist es so wie gestern. Und was sind welche, die nur durch den täglichen oder wöchentlichen Umgang eigentlich leben? (...) Und da hat sich der Freundeskreis verändert, muss ich sagen. Ist kleiner geworden, aber dafür besser, intensiver“ (T 22).

Einordnung durch soziologische Denkansätze

Einige Teilnehmende erläuterten, dass sie sich bewusst von Personen aus dem Umfeld getrennt haben, da diese ihre prekäre Situation nicht ernst nahmen. Eine solche Strategie kann man nach Berger/Luckmann als Gegenmaßnahme zur Sicherung der eigenen Identität interpretieren. Diese wird mit dem Vorwurf der Überdramatisierung der eigenen Lebenssituation durch „signifikante und sonstige Andere“, die bislang zur Bestätigung der subjektiven Wirklichkeit beigetragen haben, infrage gestellt. Durch die Verkleinerung des Freundeskreises und die Intensivierung von Beziehungen zu „signifikanten Anderen“, welche die Identität stabilisieren, kann dem entgegengewirkt werden [26].

Entlastung durch das Umfeld

Ein nicht einheitliches Bild zeigt sich bei der Rücksichtnahme auf die gesundheitlichen Einschränkungen durch das soziale Umfeld. Die Mehrheit der Befragten gab an, Unterstützung (z.B. bei der Bewältigung von Haushaltstätigkeiten) von ihren Lebenspartner*innen, engen Familienangehörigen und/oder guten Freund*innen zu erhalten. Im erweiterten Bekannten- und Freundeskreis blieb die Rücksichtnahme allerdings oftmals aus. Als mögliche Ursachen hierfür wurden mangelndes Verständnis für die gesundheitlichen Beschwerden und fehlende Sichtbarkeit der Long COVID-Erkrankung genannt. So kam deutlich weniger als die Hälfte der Teilnehmenden zu dem Schluss, dass sie von ihrem sozialen Umfeld insgesamt Unterstützung erfährt.

„Teils, teils. Also manche Menschen eher nicht, die haben teilweise sehr wenig Verständnis ist mir aufgefallen, weil es immer so heißt ‚du bist noch jung, das kann gar nicht irgendwie so sein. Ich hatte auch schon Corona oder ich habe gehört der hatte Corona, der hat gar nichts‘. Aber auch Gott sei Dank so meine engsten Familienangehörigen, mein Freund, meine Eltern, die haben da sehr, sehr viel Verständnis und sind mir auch eine super Stütze jetzt in der Zeit“ (T 19).

Mehrere Befragte hatten das Gefühl, sich zumindest gegenüber Teilen ihres Umfelds für ihre gesundheitlichen Einschränkungen rechtfertigen zu müssen. Dieser empfundene Rechtfertigungsdruck verstärkte die infolge der hohen Ansteckungsangst und der als mangelhaft wahrgenommenen medizinischen Versorgung bei einigen Proband*innen bestehende Tendenz zum sozialen Rückzug.

„Ich habe nur den Eindruck, irgendwie, ich muss mich immer rechtfertigen. Verstehen Sie? Immer das Erklären, halt jetzt wie wenn die das nicht richtig glauben, dass das tatsächlich so ist, weil man sieht mir das ja von außen nicht an. Ich sehe normal aus, ich habe gesunde Gesichtsfarbe und steht dir ja nicht auf die Stirn tätowiert halt jetzt mit dem Long COVID und da bin ich immer irgendwie ein bisschen in Erklärungsnot halt und habe dann so das latente Gefühl so die ziehen das in Zweifel. So meine Freundin, die sagt immer ‚das

können doch jetzt auch die Wechseljahre sein. Bist du denn sicher, dass das jetzt tatsächlich von dem Corona ist' und so" (T 12).

Diskussion

Wichtigste Ergebnisse

In dieser Untersuchung zeigte sich, dass Long COVID gravierende Einschnitte in das tägliche Leben der Betroffenen zur Folge hat und zu einer hohen persönlichen Belastung führt. Die persistierenden Symptome wie Fatigue, Atembeschwerden und kognitive Beeinträchtigungen erzeugten bei den Befragten Unsicherheiten und eine pessimistische Grundhaltung in Hinblick auf die Zukunft, die trotz vielfältiger Unterstützungen aus dem nahen Umfeld kein positives Selbstwertgefühl zuließen. Zudem stellten die teils starken gesundheitlichen Einschränkungen ein Hindernis für das Aufrechterhalten gewohnter Routinen innerhalb des eigenen sozialen Umfeldes wie zwanglose Gespräche oder Unternehmungen mit Freund*innen dar. Darüber hinaus machten die Betroffenen deutlich, dass mit anhaltenden Beschwerden ein zunehmender Rechtfertigungsdruck aufgrund ausbleibender Genesungsfortschritte gegenüber der Familie und nahestehenden Freund*innen bzw. Arbeitskolleg*innen entstand. Dies führte zusammen mit den vielfältigen Einschränkungen in der sozialen Interaktion und der Angst vor einer erneuten SARS-CoV-2-Infektion zu einem Rückgang der Zusammenkünfte mit der Familie und Freund*innen. Ein weiteres Ergebnis dieser Studie besteht darin, dass die Mehrheit der Teilnehmenden die ärztliche Begleitung ihrer Long COVID-Symptome als unzureichend wahrnahm. Die Betroffenen berichteten von langen Wartezeiten auf spezialärztliche Termine und einer fehlenden Akzeptanz ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung durch die Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin. Dies hat bei vielen von ihnen eine emotionale Leere entstehen lassen.

Vergleich mit bestehender Evidenz

Die Erkenntnisse dieser Untersuchung stehen im Einklang mit den Resultaten einiger anderer Studien, die auf erhebliche Einschränkungen des täglichen und sozialen Lebens sowie eine starke Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bei Long COVID verweisen. Diese Studien heben zudem die umfangreichen psychischen und emotionalen Folgen von Long COVID wie Identitätskonflikte, Existenzängste oder Depressionen hervor [5,27,28]. Die aus der Sicht vieler Teilnehmender dieser Untersuchung unzureichende Begleitung der Long COVID-Erkrankung durch die Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin ist besonders problematisch, da in der aktuellen S1-Leitlinie zu Long/ Post-COVID bei klinischer Stabilität der Long COVID-Symptomatik eine hausärztliche Betreuung empfohlen wird [29]. Im Rahmen verschiedener Studien berichteten Menschen mit Long COVID ebenfalls von begrenzter Beratung, fehlender Unterstützung und mangelndem Verständnis auf Seiten von Gesundheitsfachkräften. Dies führte zu Enttäuschung, Frustration, Isolation und einem Vertrauensverlust in die Gesundheitsversorgung [5,27,28,30].

Limitationen

Diese Studie weist einige Einschränkungen hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Long COVID auf. Die dargestellten Resultate haben einen explorativen und hypothesengenerierenden Charakter, weshalb weitere repräsentative Erhebungen zu diesem Thema folgen sollten. Die Ergebnisse beziehen sich auf eine Stichprobe von 25 Personen, deren Rekrutierung in einem begrenzten Zeitraum stattfand und sich fast ausschließlich auf Personen aus

(Süd-) Niedersachsen bezog. Kritisch anzumerken ist zudem, dass die Teilnehmenden aus einer finanziell gut situierten Mittelschicht stammen und verschiedene Bevölkerungsgruppen (z.B. Menschen mit Migrationsgeschichte, hochbetagte Menschen oder Personen mit niedrigem Bildungsstand) deutlich unter- bzw. nicht repräsentiert sind. Die Proband*innen unterschieden sich hinsichtlich des Zeitpunkts ihrer SARS-CoV-2-Infektion, der Diagnosestellung des Long COVID-Syndroms sowie der Dauer und des Schweregrads ihrer Erkrankung. Darüber hinaus können einige nicht erhobene Faktoren wie die vorbestehenden Beziehungen zu ihren Hausärzt*innen oder die persönliche Resilienz die Wahrnehmung und Haltung der Proband*innen hinsichtlich der im Rahmen dieser Studie untersuchten Fragestellungen beeinflussen. Diese Limitationen sollten bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet und der Partizipation der hier unterrepräsentierten Populationen bei der Konzeption zukünftiger Studien verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Schlussfolgerungen

Die bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge einer COVID-19-Erkrankung führten bei den Befragten zu erheblichen sozialen Einschnitten. Der Umfang und das Andauern der Einschränkungen hinsichtlich der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit erzeugten bei den Betroffenen eine negative Zukunftsperspektive, die durch eine als wenig hilfreich erlebte ärztliche Unterstützung verstärkt wurde. Die Signalwirkung für die Betroffenen ist verheerend: Die als förderlich anerkannten Beziehungen von Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin zu Patient*innen versagen gerade an der Stelle, wo ein gesundheitlich beeinträchtigter Mensch am dringendsten professionelle Unterstützung zur Rekonvaleszenz benötigt. Um die ausgeprägten Defizite in der Lebensqualität aufzufangen, bedarf es möglichst zeitnah eines stabilen und tragfähigen Konzepts, wie Menschen mit Long COVID systematisch beraten, unterstützt und versorgt werden können. Die empathische Unterstützung durch die Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin sollte Dreh- und Angelpunkt bei der Planung von rehabilitativen Maßnahmen sein. Insgesamt sollten die medizinische Aufmerksamkeit, die Anzahl wissenschaftlicher Studien, die staatliche Förderung und die Maßnahmen zur gesellschaftlichen Sensibilisierung hinsichtlich Long COVID deutlich ausgeweitet werden.

Förderung

Das Forschungsprojekt DEFense Against COVID19 STudy – Looking forward: DEFEAT CORONA Teilprojekt – 1: Zurück ins Leben? – Sozial- und Teilhaberekonvaleszenzen in der Vakzinära wird vom Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) gefördert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Autor*innenschaft

Sascha Roder: Methodik, Untersuchung, Datenanalyse, theoretische Verknüpfung, Schreiben – Originalentwurf. Laura Mohacs: theoretische Verknüpfung, Redaktion und Lektorat. Tim Schmachtenberg: Datenanalyse, theoretische Verknüpfung, Schreiben, Review und Lektorat.

Anhang A. Zusätzliche Daten

Zusätzliche Daten verbunden mit diesem Artikel finden sich in der Online-Version unter: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.11.009>.

Literatur

- [1] World Health Organization. „Coronavirus disease (COVID-19) pandemic: Overview“, 2023. <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19> (letzter Zugriff am 22. Mai 2023).
- [2] Blumenthal D, Fowler EJ, Abrams M, Collins SR. Covid-19—implications for the health care system. *N Engl J Med* 2020;383(15):1483–8. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2021088>.
- [3] Singh J, Singh J. COVID-19 and its impact on society. *Electronic Res J Soc Sci Hum* 2020;2(1)., <https://ssrn.com/abstract=3567837>.
- [4] Shahyad S, Mohammadi M. Psychological impacts of Covid-19 outbreak on mental health status of society individuals: a narrative review. *Baqiyatallah Univ Med Sci* 2020;22(2):184–92. <https://doi.org/10.30491/JMM.22.2.184>.
- [5] Aiyegbusi OL, Hughes SA, Turner G, Rivera SC, McMullan C, Chandan JS. Symptoms, complications and management of long COVID: a review. *J R Soc Med* 2021;114(9):428–42. <https://doi.org/10.1177/01410768211032850>.
- [6] Cha C, Baek G. Symptoms and management of long COVID: a scoping review. *J Clin Nurs* 2021., <https://doi.org/10.1111/jocn.16150>.
- [7] Kim Y, Kim S-W, Chang H-H, Kwon KT, Hwang S, Bae S. One year follow-up of COVID-19 related symptoms and patient quality of life: a prospective cohort study. *Yonsei Med J* 2022;63(6):499–510. <https://doi.org/10.3349/ymj.2022.63.6.499>.
- [8] Petersen MS, Kristiansen MF, Hanusson KD, Foldbo BM, Danielsen ME, Steig BÅ. Prevalence of long COVID in a national cohort: longitudinal measures from disease onset until 8 months' follow-up. *Int J Infect Dis* 2022;122:437–41. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.06.031>.
- [9] Schiavi M, Fugazzaro S, Bertolini A, Denti M, Mainini C, Accogli MA. “Like before, but not exactly”: the Qualy-REACT qualitative inquiry into the lived experience of long COVID. *BMC Public Health* 2022;22(1):S. 599. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13035-w>.
- [10] Venkatesan P. NICE guideline on long COVID. *Lancet Respir Med* 2021;9(2):129. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00031-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00031-X).
- [11] Ärzteblatt. „Mehr als 110.000 Patienten mit Post-COVID-Diagnose erfasst“, 2021, Zugegriffen: 9. September 2022. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/130316/Mehr-als-110-000-Patienten-mit-Post-COVID-Diagnose-erfasst>
- [12] Robert Koch-Institut. „Wie häufig ist Long COVID?“, 2022. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Gesundheitliche_Langzeitfolgen.html (letzter Zugriff am 9. September 2022).
- [13] Nittas V, Gao M, West EA, Ballouz T, Menges D, Wulf Hansen S. Long COVID through a public health lens: an umbrella review. *Public Health Rev* 2022;43. <https://doi.org/10.3389/phrs.2022.1604501>.
- [14] Schmachtenberg T, Müller F, Kranz J, Dragaqina A, Wegener G, Königs G. How do long COVID patients perceive their current life situation and occupational perspective? Results of a qualitative interview study in Germany. *Front Public Health* 2023;11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1155193>.
- [15] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- [16] Degen CV, Mikuteit M, Niewolik J, Joosten T, Schröder D, Vahldiek K. Audiological profile of adult Long COVID patients. *Am J Otolaryngol* 2022;43(5):103579. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2022.103579>.
- [17] Braun V, Clarke V. *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. Thousand Oaks, CA, USA: SAGE; 2013.
- [18] Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough?: An experiment with data saturation and variability. *Field Methods* 2006;18(1):59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>.
- [19] Reichertz J. Die coronabedingte Krise der qualitativen Sozialforschung no. 50. In: *Soziologie, in Forschen, Lehren, Lernen*. Frankfurt am Main: Campus; 2021. p. 313–35.
- [20] Demmer I, El-Sayed I, Heinemann S, Königs G, Müller F, Müllenmeister C. (Er-)Leben mit Long COVID. Projektergebnisse einer qualitativen Studie bildhaft interpretiert, 200. Aufl. Göttingen: Sascha Roder, 2022. Zugegriffen: 30. November 2022. [Online]. Verfügbar unter: https://generalpractice.umg.eu/fileadmin/Redaktion/Allgemeinmedizin/Dokumente/DEFEAT_Corona_Bildband.pdf.
- [21] Dresing T, Pehl T. *Praxisbuch Interview: Transkription & Analyse*.
- [22] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 13. Beltz: Aufl; 2022.
- [23] Treibel „Lektion VIII A. Theorie des kommunikativen Handelns und das Projekt der Moderne (Habermas II)“. In: *Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart*. Opladen: Leske + Budrich; 2000. p. 155–80.
- [24] Abels H, Berger und Luckmann: *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. In: *Interaktion I, editor. Präsentation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2007. p. 87–114.
- [25] Schütz A, Luckmann T. *Strukturen der Lebenswelt*. Stuttgart: UTB; 2017.
- [26] Berger P, Luckmann T. *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: S. Fischer; 1969.
- [27] Macpherson K, Cooper K, Harbour J, Mahal D, Miller C, Nairn M. Experiences of living with long COVID and of accessing healthcare services: a qualitative systematic review. *BMJ Open* 2022;12(1):e050979. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050979>.
- [28] Wurz A, Culos-Reed SN, Franklin K, DeMars J, Wrightson JG, Twomey R. „I feel like my body is broken“: exploring the experiences of people living with long COVID. *Qual Life Res* 2022;31(12):3339–54. <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03176-1>.
- [29] Koczuła AR, Ankermann T, Behrends U, Berlit P, Berner R, Böing S. „AWMF S1-Leitlinie Long/ Post-COVID“. AWMF online, 17. August 2022. [Online]. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-0271_S1_Post_COVID_Long_COVID_2022-08.pdf.
- [30] Brown K, Yahyouché A, Haroon S, Camaradou J, Turner G. Long COVID and self-management. *Lancet* 2022;399(10322):355. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02798-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02798-7).